

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Aimée ROY

Née le 18 Août 1908 à Versailles (S.-et-O.)

---

ABCÈS MÉTASTATIQUES  
DES MUSCLES

---

Président : M. le Professeur MONDOR

---

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ  
11 et 13, Rue de l'École de Médecine  
PARIS

—  
1939





Digitized by the Internet Archive  
in 2026



ANNÉE 1939

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Aimée ROY

Née le 18 Août 1908 à Versailles (S.-et-O.)

---

ABCÈS MÉTASTATIQUES  
DES MUSCLES

---

Président : M. le Professeur MONDOR

---

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ  
11 et 13, Rue de l'École de Médecine  
PARIS

1939

# LE DOYEN . . . . TIFFENEAU

## I. — PROFESSEURS

MM.

|                                                                     |                   |
|---------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Anatomie .....                                                      | ROUVIERE.         |
| Physiologie .....                                                   | Léon BINET.       |
| Physique médicale .....                                             | STROHL.           |
| Chimie médicale .....                                               | POLONOVSKI.       |
| Bactériologie .....                                                 | Robert DEBRE.     |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                  | BRUMPT            |
| Pathologie médicale et générale .....                               | BAUDOUIN.         |
| Pathologie Médicale. ....                                           | ABRAMI.           |
| Pathologie chirurgicale. ....                                       | MONDOR            |
| Anatomie pathologique .....                                         | LEROUX.           |
| Histologie .....                                                    | CHAMPY.           |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             | TIFFENEAU.        |
| Thérapeutique .....                                                 | HARVIER.          |
| Hygiène et médecine préventive .....                                | TANON.            |
| Médecine légale .....                                               | BALTHAZARD.       |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                     | LAIGNEL-LAVASTINI |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          | FIESSINGER.       |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                      | CHIRAY.           |
| <u>Clinique médicale</u> .....                                      | LOEPER.           |
|                                                                     | CARNOT.           |
|                                                                     | CLERC.            |
|                                                                     | Marcel LABBE.     |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                    | LEREBOULLET.      |
| Clinique des maladies des enfants .....                             | NOBECOURT.        |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale. .... | H. CLAUDE.        |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               | GOUGEROT.         |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      | GUILLAIN.         |
| Clinique des maladies infectieuses .....                            | LEMIERRE.         |
|                                                                     | CUNEO.            |
| Clinique chirurgicale .....                                         | GOSSET.           |
|                                                                     | GREGOIRE.         |
| Clinique ophtalmologique .....                                      | LENORMANT.        |
| Clinique urologique .....                                           | TERRIEN.          |
|                                                                     | CHEVASSU.         |
| Clinique d'accouchements .....                                      | COUVELAIRE.       |
|                                                                     | JEANNIN.          |
| Clinique gynécologique .....                                        | LEVY-SOLAL.       |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                 | MOCQUOT.          |
| Clinique thérapeutique médicale .....                               | OMBREDANNE.       |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                             | RATHERY.          |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                           | LEMAITRE.         |
| Clinique propédeutique .....                                        | Pierre DUVAL.     |
| Clinique de la Tuberculose .....                                    | M. VILLARET.      |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....                 | TROISIER          |
| Clinique cardiologie .....                                          | MATHIEU.          |
|                                                                     | LAUBRY.           |
| Clinique d'Assistance Médico-Sociale .....                          | Clovis VINCENT.   |
|                                                                     | N...              |
|                                                                     | HAZARD            |
| Professeurs sans chaire .....                                       | HOVELACQUE.       |
|                                                                     | MULON.            |
|                                                                     | OLIVIER.          |
|                                                                     | SANNIE.           |
|                                                                     | VERNE.            |



## II. — AGREGES EN EXERCICE

### MM.

AMELINE .....Pathologie chirurgicale.  
 BARIETY .....Pathologie médicale.  
 BENARD (Henri) .. Pathologie médicale.  
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.  
 J. BEZANÇON ..... Hydrologie.  
 BOULIN ..... Pathologie médicale.  
 BULLIARD ..... Histologie.  
 CATHALA ..... Pathologie médicale.  
 CHEVALLIER ..... Pathologie médicale.  
 COSTE ..... Pathologie médicale.  
 DOGNON ..... Physique.  
 FEY ..... Urologie.  
 FUNCK .....Pathologie chirurgicale.  
 GALLIARD ..... Parasitologie.  
 GASTINEL ..... Bactériologie.  
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.  
 DE GENNES .....Pathologie médicale.  
 GAYET ..... Physiologie.  
 GIROUD ..... Histologie.  
 HAGUENAU ..... Pathologie médicale.  
 HALPHEN ..... Oto-rhino-laryngologie.  
 HUGUENIN ..... Anatomie pathologique.  
 JOANNON ..... Hygiène.

### MM.

LACOMME ..... Obstétrique.  
 LANTUEJOUL ..... Obstétrique.  
 LAROCHE (Guy) .... Pathologie médicale.  
 LAVIER .....Parasitologie.  
 LEMAIRE ..... Pathologie expérimentale.  
 LELONG ..... Pathologie médicale.  
 LEVEUF ..... Pathologie chirurgicale.  
 Mlle J. LEVY ..... Pharmacologie.  
 LEVY-VALENSI .... Neurologie et Psychiatrie.  
 MENEGAUX ..... Pathologie chirurgicale.  
 MOREAU ..... Pathologie médicale.  
 MOLLARET .....Pathologie médicale.  
 MOULONGUET ..... Pathologie chirurgicale  
 MOUQUIN ..... Pathologie médicale.  
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale  
 PIEDELIEVRE ..... Médecine légale.  
 PORTES ..... Obstétrique.  
 RENARD ..... Ophtalmologie.  
 RICHET ..... Physiologie.  
 SENEQUE ..... Pathologie chirurgicale.  
 TURPIN ..... Pathologie médicale.  
 VIGNES ..... Obstétrique.  
 WILMOTH ..... Pathologie chirurgicale.

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

### MM.

ALGLAVE ..... Pathologie chirurgicale.  
 BUSQUET ..... Pharmacologie.  
 CHAILLEY-BERT . Physiologie.  
 GUENIOT .....Obstétrique.

HEITZ-BOYER ...Pathologie chirurgicale  
 LARDENNOIS ....Pathologie chirurgicale  
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.  
 LE LORIER .....Obstétrique.  
 SCHWARTZ .....Pathologie chirurgicale  
 VANDESCAL .....Obstétrique.

#### IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

| MM.                                  |                        | MM.             |                       |
|--------------------------------------|------------------------|-----------------|-----------------------|
| ALAJOUANINE ...                      | Clinique médicale.     | BASSET .....    | Clinique chirurgicale |
| AUBERTIN .....                       |                        | BROCQ .....     |                       |
| BRULE .....                          |                        | CADENAT .....   |                       |
| CHABROL .....                        |                        | GATELLIER ..... |                       |
| DONZELOT .....                       |                        | MOURE .....     |                       |
| DUVOIR .....                         |                        | QUENU .....     |                       |
| LIAN .....                           |                        | VELTER .....    |                       |
| PASTEUR - VALLE-<br>RY - RADOT ..... |                        |                 |                       |
| SEZARY .....                         |                        |                 |                       |
| MM.                                  |                        |                 |                       |
| ECALLE .....                         | Clinique obstétricale. |                 |                       |
| METZGER .....                        |                        |                 |                       |

#### V. — CHARGES DE COURS

| MM.                         |                      |
|-----------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé ..... | Educacion physique.  |
| LEDoux-LEBARD .....         | Radiologie clinique. |
| RUPPE .....                 | Stomatologie.        |
| WEIL-HALLE .....            | Puériculture.        |

---

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MEMOIRE DE MON MARI

A MON PERE

A MA MERE

*Leur vie toute de travail et d'honneur  
est pour moi le meilleur des exem-  
ples.*

A MA FILLE

*Avec mon infinie tendresse.*

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur H. MONDOR

Professeur de pathologie chirurgicale  
à la Faculté de Médecine de Paris  
Membre de l'Académie de Chirurgie  
Officier de la Légion d'Honneur

*En hommage de reconnaissance pour  
le grand honneur qu'il nous a fait  
en acceptant la présidence de cette  
thèse.*

A mon Maître

Monsieur le Docteur R. SOUPAULT

Membre de l'Académie de Chirurgie  
Chirurgien-Chef  
de la Consultation de l'Hôpital Beaujon

*Qui nous a inspiré le sujet de cette  
thèse.*

*En témoignage de profonde reconnais-  
sance et d'affection.*

A mon Maître

Monsieur le Docteur G. LABEY

Membre de l'Académie de Chirurgie  
Chirurgien des Hôpitaux  
Officier de la Légion d'Honneur

*Témoignage d'attachement et de gratitude pour la bienveillante sympathie qu'il m'a sans cesse témoignée.*

A mon Maître

Monsieur le Docteur L. TIXIER

Médecin-Chef de l'Hôpital des Enfants-Malades  
Officier de la Légion d'Honneur

*Hommage de reconnaissance pour les précieux conseils qu'il m'a prodigués pendant l'année passée dans son service.*

A mes Maîtres dans les Hôpitaux

Monsieur le Professeur M. LABBE (*in memoriam*)

Monsieur le Professeur OMBREDANNE

Monsieur le Docteur COURCOUX

Monsieur le Docteur G. LABEY

Monsieur le Professeur agrégé G. LARDENNOIS

Monsieur le Docteur F. TREMOLIERES

Monsieur le Professeur GOUGEROT

Monsieur le Professeur CLAUDE

Monsieur le Professeur MARION

Monsieur le Professeur agrégé ECALLE

Monsieur le Docteur SOUPAULT



## INTRODUCTION

---

Depuis les travaux de MM. les Professeurs LE-NORMANT, HUARD, PALES et PERGOLA, l'attention a été attirée sur les abcès des muscles, qui se sont révélés plus fréquents en Europe qu'on ne l'avait cru jusqu'alors.

La fréquence de ces abcès dément l'aphorisme de LE DENTU :

« Il n'y a rien de plus rare que la véritable inflammation des muscles de la vie de relation. »

En réalité les myosites peuvent se présenter sous des formes cliniques très diverses.

Il nous a paru intéressant, à l'occasion de deux cas inédits de notre Maître le Docteur SOUPAULT, de reprendre cette question dont la mise au point relativement récente a multiplié les cas rapportés.

Nous avons l'intention d'étudier uniquement les abcès métastatiques des muscles par voie hémato-gène, auxquels M. SOUPAULT a fait allusion à l'Aca-

démie de Chirurgie, et non les myosites de propagation ou de continuité.

Dans les cas qui nous intéressent ici, on se trouve en présence d'une véritable pyohémie comportant un ou plusieurs foyers, uniquement musculaires, dont on connaît presque toujours la porte d'entrée; la propagation s'effectuant par voie sanguine, avec siège électif ou exclusif dans le tissu musculaire.

Il est bien entendu que l'on ne peut parler d'abcès métastatiques du muscle que lorsqu'il y a « collection suppurée » et que celle-ci se développe anatomiquement sous l'aponévrose, ayant son siège nettement dans le tissu musculaire.

## ETIOLOGIE

---

D'après les nombreuses observations recueillies, il apparaît que les abcès métastatiques des muscles sont plus fréquents dans les régions tropicales et le Japon, qu'en Europe.

Mais s'il est vrai que c'est une affection surtout coloniale, les cas autochtones ne manquent pas et se révèlent d'autant plus nombreux depuis quelques années, que leur recherche se fait plus systématiquement.

En considérant l'ensemble des observations se rapportant à ces abcès du muscle, on remarque l'intervention de certains facteurs dans la fréquence de cette affection :

LE SEXE jouerait un rôle, car on note une prédominance très nette des myosites chez l'homme.

L'ÂGE : La majorité des observations concernent des adultes, d'âge variant entre 19 et 45 ans, mais il faut pourtant noter que plusieurs cas rapportés

intéressent les enfants, une petite fille de 2 ans, dans une observation de CAUSSADE, NEIMANN et DEDUN.

**LOCALISATION MUSCULAIRE.** Tous les muscles peuvent être le siège d'abcès métastatiques, mais il y a certains muscles qui sont le plus fréquemment atteints sans que l'on puisse trouver une explication satisfaisante à cette localisation élective.

Les muscles lésés sont, par ordre de fréquence :

*Le quadriceps* crural et plus particulièrement le vaste externe.

*La masse sacro-lombaire*, lésion qui paraît fréquente surtout aux colonies.

Le grand pectoral, le deltoïde, les adducteurs, les fessiers, les grands droits de l'abdomen.

Mais il faut insister sur ce fait que tous les muscles peuvent être lésés, ainsi que nous avons pu l'observer sur une malade qui a eu 19 localisations différentes.

Il semble, d'après les statistiques de PERGOLA, que la polymyosite soit plus fréquemment rencontrée en Europe qu'aux colonies.

## PATHOGENIE

---

La formation des abcès métastatiques du muscle semble être favorisée par des causes locales et générales.

### CAUSES LOCALES :

#### *Traumatismes.*

Leur action favorisante ne paraît pas discutable, elle est confirmée par de nombreuses observations.

Il est logique de penser que les germes introduits par voie sanguine dans le tissu musculaire, se fixent plus volontiers dans des zones contuses où la fibre musculaire traumatisée est le siège d'hématomes.

### CAUSES GÉNÉRALES :

#### *Mauvais état général.*

Provoqué, soit par des *tares* :  
— alcoolisme.

- diabète, on sait que le sucre exalte la virulence du staphylocoque doré.
- syphilis — hypoalimentation — misère.
- Européens mal acclimatés aux colonies.

*Maladies parasitaires :*

Surtout fréquentes aux colonies : ankylostomose, amibiase.

Depuis quelques années on a parfois retrouvé des antécédents ictériques et l'on peut penser que la spirochétose ictéro-hémorragique puisse jouer un rôle dans la production de ces abcès.

*Surmenage :*

On sait, qu'au point de vue chimique, le muscle est le lieu de resynthèse du glycogène : le glycogène se transforme en acide lactique qui se localise dans le muscle où l'action de l'oxygène permet le resynthèse du glycogène.

Sous l'effet du surmenage, il y a dans les muscles un manque d'oxygène qui ne permet pas l'oxydation de l'acide lactique qui, de ce fait, se trouve en excès : il en résulte que le muscle absorbe plus d'eau, il devient turgescent, ce qui explique que la circulation des capillaires étant entravée, il y ait une diminution de la résistance à l'infection.

Il semblerait que les germes puissent atteindre les muscles par voie sanguine, mais ne produisent d'abcès que lorsque les fibres musculaires, sous l'effet de la fatigue et de la variation du chimisme, contiennent un excès d'acide lactique et présentent des troubles d'oxygénation; ces mêmes causes prédisposantes pouvant être dues aux traumatismes.

Cela expliquerait la localisation fréquente des abcès métastatiques dans les muscles fournissant le plus d'effort :

— quadriceps crural, grand pectoral, etc...

#### *Maladies infectieuses :*

En produisant des dégénérescences au niveau des muscles, elles peuvent prédisposer à la formation d'abcès métastatiques des muscles; telles sont par exemple la typhoïde, la diphtérie, la scarlatine et particulièrement la syphilis.

#### *Avitaminose :*

La carence en vitamine B paraît un facteur favorable au développement d'abcès du muscle.

Au Japon, de très nombreuses expériences faites par OSAWA sur des lapins et des pigeons, ont établi les relations entre les lésions du béri-béri et l'apparition d'abcès du muscle. Cela expliquerait les abcès à localisation symétrique.

Certains auteurs ont attribué un rôle à la carence en vitamine C, ce qui ne surprend pas, étant donné les lésions hémorragiques observées dans le scorbut et qui peuvent être une cause prédisposante par déficience de la fibre musculaire. D'après TAKAHASHI, l'infection staphylococcique expérimentale déterminerait chez les animaux :

- les carencés en vitamine B : des localisations osseuses ;
- les carencés en vitamine C : des polymyosites.

Il résulte de ces expériences, que l'avitaminose provoque des lésions de la fibre musculaire, soit directement, soit par l'intermédiaire des lésions nerveuses.

A côté de ces causes générales favorisant l'infection, il y a :

#### LES CAUSES DIRECTES :

##### *La porte d'entrée :*

Constante, mais elle est parfois difficile à mettre en évidence, car l'intervalle libre entre l'infection causale et l'apparition des abcès métastatiques est très variable.

Ce sont, soit :

- des lésions cutanées : furoncle, anthrax, impetigo.
- la pneumonie, une urétrite blennorragique.

— un avortement septique, ce qui est le cas des deux observations que nous rapportons.

*Propagation :*

Elle se fait, sans aucun doute, par voie hémato-gène, étant donné la diffusion et la multiplicité des abcès, ainsi que leur siège souvent très éloigné de la lésion causale. C'est là l'intérêt de la question que nous étudions aujourd'hui. Il est à remarquer que, le plus souvent, l'hémoculture est négative; dans ces cas, on se trouve non pas en présence d'une septicémie au sens réel du mot, mais d'une décharge bactérienne de poussées bactériémiques transitoires que l'hémoculture ne peut déceler (LEMIERRE).

D'après FRÉLICH, lorsqu'il y a atteinte des muscles de la paroi abdominale, par troubles des voies digestives, il serait plausible d'invoquer les voies lymphatiques.

*Fréquence des germes :*

Les germes les plus souvent isolés sont par ordre de fréquence :

*Le Staphylocoque doré* : le pourcentage variant d'après les auteurs, de 89 à 40 % ; il paraît être rencontré plus fréquemment aux colonies.

*Le Streptocoque* est plus rarement noté : dans certains cas on a trouvé un streptocoque hémolytique.

*Le Pneumocoque*

*Le Gonocoque* ont été signalés. Ce dernier a été trouvé en association avec le staphylocoque, on a parfois noté d'autres associations : strepto-staphylo.

Il est difficile de délimiter dans ces infections le rôle joué par les germes eux-mêmes et la part qui revient à leur toxine qui, on le sait, donneraient souvent des lésions du tissu musculaire.

Depuis HAYEM on connaît bien les altérations toxiques de la fibre musculaire au cours de la fièvre typhoïde.

On ne peut nier le myotropisme de certains germes, ce qui explique certaines localisations électives au cours d'épidémie, ainsi que l'a remarqué CURSHMANN.

Certains auteurs, ROSENOW et ASHBY, auraient isolé un streptocoque ayant une affinité très nette pour le tissu musculaire et provoquant par inoculation des abcès exclusivement musculaires — ceci permet de supposer qu'il puisse en être de même pour les autres germes trouvés dans les abcès métastatiques des muscles :

— staphylocoque, pneumocoque et même gonocoque.

## ANATOMO-PATHOLOGIE

---

C'est le type de l'abcès du muscle.

### MACROSCOPIQUEMENT.

On trouve du pus collecté d'aspect variable contenu dans une cavité anfractueuse, déchiquetée, bordée d'une zone plus ou moins étendue de fibres musculaires lésées, mais *sans membrane pyogène* s'opposant à la diffusion du pus.

- L'abcès est de volume variable.
- Le pus se présente sous divers aspects :  
soit sérosité purulente, soit pus jaune verdâtre bien lié, souvent brunâtre et parfois sanglant en raison des hémorragies fréquentes à la surface de l'abcès.

Ces hémorragies seraient dues, d'après PERGOLA, à des troubles vaso-moteurs des vaisseaux nourriciers, ainsi qu'à de véritables infarctus musculaires, l'oblitération de ces vaisseaux étant provoquée par un œdème de l'endothélium.

En dehors de cette zone franchement nécrotique, le tissu musculaire paraît plus dur que normalement, blanc grisâtre et comme infiltré de gélatine.

#### MICROSCOPIQUEMENT.

Lésion dégénératives de la fibre musculaire.

Phénomènes d'œdème et de congestion.

- Œdème interfasciculaire. infiltration du tissu conjonctif, les leucocytes s'organisent en certains points et forment des zones à tendances nécrotiques, les parois des vaisseaux sont épaissies et infiltrées.
- L'infiltration déborde largement le tissu conjonctif jusque dans les interstices des fibres musculaires.
- La collection suppurée est limitée par une zone d'inflammation subaiguë.

Les fibres musculaires finissent par perdre leur striation et peuvent même subir une dégénérescence nécrotique et hyaline.

Dégénérescence de l'appareil myofibrillaire, la plus fréquente étant la dégénérescence cireuse de ZENKER, qui donne à la fibre observée longitudinalement, un aspect moniliforme.

DURANTE a insisté sur le fait que ces phénomènes de coagulation des myofibrilles se font toujours à l'intérieur de la fibre, laissant intact le sarcolemme.

Les lésions du sarcolemme sont plus rarement observées.

Variétés de dégénérescence : granuleuse ou fibreuse; en même temps se produit une abondante prolifération des noyaux musculaires.

Sur une même coupe peuvent se présenter diverses variétés de dégénérescences.

#### CICATRISATION.

Le plus souvent il y a formation d'un tissu fibreux, mais on ne peut prévoir comment s'opérera la cicatrisation.

L'anatomie pathologique offre un intérêt à plusieurs titres.

Au point de vue :

#### *Clinique*

Elle confirme l'existence de ces abcès du muscle.

#### *Pronostic*

Celui-ci dépend non pas de la dégénérescence observée, mais surtout de l'ensemble, tant qualitatif que quantitatif de ces dégénérescences, qui indique l'intensité de ces abcès.

#### *Thérapeutique*

D'après leur volume et la nature de leur paroi, soit fibreuse et épaisse, soit souple et nette; l'exci-

sion ou l'incision peuvent s'imposer, sans pourtant pouvoir prévoir avec certitude quel sera le résultat ultérieur.

La valeur fonctionnelle définitive dépend de l'étendue de ces abcès.

## FORMES CLINIQUES

---

Les abcès métastatiques des muscles peuvent revêtir plusieurs formes.

### I. — FORMES SURAIGUËS :

Dans lesquelles les signes généraux de septicémie sont de beaucoup les plus importants, de sorte que l'apparition de l'abcès n'offre que peu d'intérêt.

### II. — FORMES AIGUËS :

Ce sont les plus fréquentes; elles peuvent se présenter sous deux aspects, selon qu'elles sont :

- à abcès unique
- à abcès multiples.

### III. — FORMES CHRONIQUES :

Etudiées depuis peu d'années, elles revêtent une allure froide, torpide, qui rend leur diagnostic très difficile et ne pouvant être affirmé que par la ponction exploratrice.



## FORMES SURAIGUES

---

Véritable phlegmon diffus de LEJARS.

Elles se rencontrent surtout chez les tarés et les débilités.

### SIGNES GÉNÉRAUX :

Ils sont très importants et sont ceux de la septicémie.

Début brutal. prostration, frisson, délire, oligurie.

Température à 40-41°, pouls petit, rapide, irrégulier.

Langue rôtie.

Hémoculture souvent positive.

L'organisme est sidéré.

### SIGNES LOCAUX :

Ils sont de peu d'importance.

La porte d'entrée est souvent difficile à mettre en évidence.

Peu de douleur musculaire, seule la tuméfaction attire l'attention. douleur provoquée aux essais de mobilisation.

Un peu d'œdème.

**PRONOSTIC :**

La mort survient très vite en un, deux ou cinq jours, c'est une septicémie suraiguë.

Dans ces cas l'abcès musculaire ne compte pas.

Ces myosites sont dues le plus souvent au streptocoque, mais on a aussi rapporté des observations où le staphylocoque est en cause, ainsi que le prouve celle d'ARNAUD.

## FORMES AIGUES

---

Parmi ces formes aiguës il y a à différencier deux groupes :

Les formes à abcès métastatique unique.

Les formes à abcès métastatiques multiples.

Les secondes sont rencontrées plus fréquemment en Europe que les premières.

### I. — FORMES AIGÜES A ABCÈS MÉTASTATIQUE UNIQUE.

Ces formes se caractérisent par la netteté de la collection purulente et la guérison rapide après incision.

*La porte d'entrée* se retrouve presque toujours :  
furunculose, panaris, avortement septique...

L'intervalle libre entre l'infection causale et l'apparition de l'abcès est très variable.

Le début est rapide, mais non brutal.

#### *Signes généraux.*

Chez les tarés et les débilités l'état général peut être mauvais.

Le facies est terreux, c'est le facies des infectés.  
Température oscillant entre 38° et 39°, avec poulx  
en rapport.

*Signes locaux.*

Douleur très vive, parfois localisée, mais le plus souvent diffuse et assez intense pour provoquer l'insomnie.

Cette douleur peut avoir des retentissements articulaires ou osseux, ce qui explique les erreurs de diagnostic, elle n'est calmée que par l'incision de l'abcès.

*Chaleur locale.*

Impotence souvent accusée : les mouvements actifs ou passifs sont limités et douloureux.

*A l'inspection de la région douloureuse :*

On note parfois un œdème cutané, blanc, mou, prenant le godet, plus rarement rosé ou même franchement rouge.

La peau est mobile sur les plans profonds : aponevrose et muscle, ce qui élimine le diagnostic de suppuration superficielle.

A l'examen, la tumeur présente certains caractères constants.

- Pas de limites précises, elle donne une impression de diffusion qui s'explique du fait que l'abcès n'a pas de membrane pyogène. La masse paraît plus volumineuse que réellement.

— *Localisation profonde franchement sous-aponévrotique en plein tissu musculaire*, tel est le caractère clinique fondamental de cette tumeur.

L'induration très nette rend difficile la perception de la fluctuation profonde, aussi doit-on pratiquer cette recherche avec beaucoup de minutie, ainsi que le recommande HUARD; il ne faut pas hésiter à ponctionner lorsque subsiste le moindre doute, afin de ne pas perdre de temps pour inciser l'abcès ni courir le risque d'inciser alors que le pus n'est pas encore suffisamment collecté.

Après incision et guérison il se produit une atrophie musculaire notable, malgré l'œdème, mais elle est segmentaire et sa durée ne dépasse jamais deux mois.

Nous avons repris quelques observations similaires à celles que nous rapportons.

#### OBS. I. — SOUPAULT (inédite).

Jeune femme, 30 ans environ, entre à l'Hôpital Boucicaut pour avortement récent, à la suite duquel des métrorragies persistantes, avec crochets fébriles, sont survenues. Un curettage est fait qui ramène des débris de placenta. La température tombe rapidement puis, au bout d'une huitaine de jours, se rallume, tandis que la malade signale au niveau de

l'avant-bras gauche, à la face palmaire, près du bord externe, au tiers supérieur, une tuméfaction douloureuse.

Le pouls est normal, pas d'adénite. la sensation de fluctuation n'est pas nette, on a l'impression d'une collection profonde.

Incision de celle-ci sous anesthésie locale. Après traversée des téguments et de l'aponévrose, on trouve en plein muscle, un abcès de la taille d'une petite prune, relativement bien limité, pus crémeux, bien lié, sans odeur. prélevé à la pipette pour examen.

Examen direct et culture : staphylocoque doré.

On a prélevé, d'autre part, des lochies et on a fait des cultures qui ont montré comme germes, également du staphylocoque doré.

Guérison.

Pas de nouvelles localisations dans les suites éloignées.

OBS. II. — PICOT. (*Bull. et Mém. de la Société Nat. Chir.*, avril 1933.)

Un enfant, dans les antécédents duquel on note une furunculose, est admis à l'hôpital pour abcès juxta rotulien, le diagnostic est celui d'ostéomyélite de la rotule, mais à l'intervention on s'aperçoit qu'il

s'agit d'une collection intra-musculaire située dans le quadriceps.

Examen du pus : staphylocoque doré.

Guérison.

OBS. III. — MONDOR. (In Thèse PERGOLA, 1935.)

M. C..., 45 ans. Furonculose et folliculite pendant plusieurs années.

Un jour, brusquement, douleur dans le mollet droit, douleur profonde et très aiguë, en arrière du péroné.

On hésite entre le diagnostic de périphlébite de la veine saphène externe et périostite.

Peu à peu œdème, rougeur et tuméfaction profonde.

Température à 38°6-39° chaque soir.

Vaccinothérapie et propidon, atténuation des phénomènes douloureux.

Peu à peu signes plus nets de collection sous-aponévrotique.

Incision sous l'aponévrose dans la fin du corps musculaire du triceps, pus épais.

Examen bactériologique : staphylocoque.

Guérison sans accident en 4 mois.

La cicatrice reste longtemps douloureuse et entourée d'œdème, en revanche, jamais de furoncles depuis.

OBS. IV. — LECÈNE. (In Thèse de PERGOLA : *Myosites*. Paris 1934-35.)

Un homme entre à l'hôpital pour un panaris grave, qui nécessite la désarticulation du doigt et du métacarpien.

Trois semaines après, il présente une tuméfaction très douloureuse de la face postérieure de la cuisse gauche, la marche devient impossible, un placard rouge apparaît, puis on observe un volumineux œdème qui garde le godet. Fluctuation profonde nettement perceptible.

Incision, qui donne en plein tissu musculaire, un pus crémeux, bien lié.

Examen (direct et culture) : staphylocoque doré.

OBS. V. — PALES : Les Myosites et les pseudo-myosites dans le milieu indigène en A. E. F. (*Annales de Médecine et Pharmacie Coloniales*, 1933, pp. 512-530.)

Un homme dans les antécédents récents duquel on note une congestion pulmonaire bilatérale, présente une tuméfaction chaude de la cuisse droite, avec une température à 39°.

Incision d'un volumineux abcès localisé dans le vaste externe; il s'en échappe 500 cc. de pus vert sous tension.

Examen direct et ensemencement : pneumocoque.  
Guérison au bout d'un mois.

OBS. VI. — PALES. (Idem.)

Un enfant ayant eu un mois auparavant une pneumonie droite, présente une tuméfaction profonde, douloureuse, légèrement fluctuante, dans la région pectorale droite.

Incision sous anesthésie et en plein muscle petit pectoral, on trouve une collection purulente.

Laboratoire (examen direct et culture) : pneumocoque.

Guérison : 18 jours après.

OBS. VII. — PERGOLA : Myosite. (*Thèse de Paris*, 1934-35, p. 67.)

Un homme ayant présenté peu de temps auparavant une pneumonie double, est hospitalisé pour abcès profond de la cuisse droite, avec douleur lui interdisant tout mouvement et température oscillante. Une ponction exploratrice ramenant un pus verdâtre, bien lié, on fait une première incision à quelques travers de doigt de l'angle externe de la rotule et une seconde sur la face externe de la cuisse, on trouve une collection de pus bien lié.

Examen direct et culture : pneumocoque.

Guérison en un mois, mais le muscle reste encore ligneux; il en résulte une atrophie importante. l'extension se fait sans la moindre difficulté.

## II. — FORMES AIGÜES A ABCÈS MÉTASTIQUES MULTIPLES.

C'est le tableau d'une véritable pyohémie.

*La porte d'entrée* est toujours retrouvée dans les antécédents plus ou moins récents des malades, ainsi que dans la forme à abcès unique on note, soit un panaris, un furoncle, un avortement septique... Dans cette forme pyohémique, un fait à remarquer est la fréquence des rémissions, puisque ARNAUD a rapporté l'observation d'un cas dont l'évolution s'échelonne sur 18 ans.

Le début est souvent brutal.

*Signes généraux :*

Ascension du pouls, température oscillante, frissons, facies infecté, céphalées.

L'hémoculture est rarement positive.

*Signes physiques :*

Ces signes sont très nets comme dans la forme à abcès unique.

Œdème cutané fréquemment observé.

La tuméfaction présente des signes constants.

— Mal limitée, car les fibres musculaires voisines réagissent à l'infection.

— Plus volumineuse que réellement à cause des contractures de voisinage.

— Elle est indurée, située profondément et la fluctuation est difficilement perceptible.

De plus, elle présente un caractère commun à toutes les tumeurs du muscle : elle se fixe pendant la contraction du muscle et redevient mobile pendant le relâchement.

La douleur est vive, lancinante.

Impotence fonctionnelle douloureuse, avec parfois rétraction tendineuse.

Les divers abcès métastatiques apparaissent soit simultanément, soit consécutivement.

Il est remarquable de constater que souvent l'incision d'un abcès n'amène qu'une sédation passagère, ou même nulle, des troubles généraux; cette constatation suffit pour laisser prévoir l'apparition d'un nouvel abcès métastatique qui est en formation.

La durée d'évolution de cette suite d'abcès est très variable, en général de trois à six semaines, parfois beaucoup plus longue : cinq ans dans une observation de VEYRASSATE, 18 ans pour celle d'ARNAUD.

Au point de vue bactériologique, le germe le plus souvenu observé est le staphylocoque doré, on rencontre aussi du pneumocoque, du gonocoque et du streptocoque.

Certains auteurs, HUARD, RENUCCI et DECOU ont trouvé du staphylocoque dans les urines pendant les périodes où les abcès sont en évolution.

L'hémoculture est rarement positive, mais dans ces cas l'infection est toujours plus grave; dans les cas à hémoculture positive, la mort survient presque toujours.

Parmi les nombreuses observations rapportées, nous en rappelons quelques-unes :

OBS. I. — SOUPAULT (inédite).

Mme B..., 27 ans, entre à la clinique, le 29 octobre 1931, à la suite d'une fausse couche.

Pâle, amaigrie, diarrhéique, fébrile (température dépassant 40°), urines rares, frissons.

Injection intra-utérine aseptique, mise en place d'un drain de Mouchotte, propidon, sérum.

Le 4 novembre, transfusion de 150 cc. de sang.

A partir de cette date, la malade fait de multiples abcès que l'on incise. Les abcès se développent successivement à de courts intervalles d'une façon

presque subintrante pendant une quinzaine de jours, au nombre de 19.

Tous sont situés en plein tissu musculaire. aucun n'est sous-cutané, ni sous-périosté — aucun viscéral.

On en trouve dans le grand pectoral, le biceps brachial, les fléchisseurs de la main, les fessiers, les quadriceps, le pédieux, etc...

Tous guérissent en quelques jours par simple incision et méchage.

Examen bactériologique du pus : staphylocoque doré.

OBS. II. SCRIBA (Tokio) : Etiologie de la Myosite aiguë. (*Deutsche Zeitsch. f. Chirur.*, 1885.)

Malade de 39 ans, présentant dans ses antécédents récents une furonculose, vient consulter pour des douleurs de la cuisse droite et du grand pectoral droit, s'accompagnant de signes infectieux.

Tuméfaction dure et sensible.

Pendant plusieurs jours, la température oscille entre 39-40°. Bientôt, la fluctuation survient et l'incision donne issue à du pus mêlé de fragments musculaires nécrosés.

Pas de gêne fonctionnelle ultérieure.

OBS. III. — LEJARS: Ce qu'on appelle pyohémies atténuées. (*Semaine médicale*, 9 janvier 1907.)

Une femme de 35 ans, accouchement récent, présente en même temps qu'un état général grave, des abcès intra-musculaires de l'avant-bras droit et de la face interne du bras gauche. L'incision donne issue à un pus rougeâtre.

Quatre jours après, abcès sous-cutané de la face antéro-externe de la cuisse droite.

Examen bactériologique : streptocoque.

OBS. IV. — PALES : Les myosites et les pseudo-myosites dans le milieu indigène en A. E. F. (*Annales de Médecine et de Pharmacie Coloniales*, 1933, p. 512.)

Un adulte, ayant présenté un mois auparavant une congestion pulmonaire, consulte pour un abcès profond, situé dans les masses musculaires de la face postérieure de la cuisse gauche; de plus, l'examen révèle une tuméfaction du grand pectoral gauche qui est incisé.

Quinze jours après, incision d'une volumineuse collection de la fesse gauche.

Puis, dans le muscle jumeau interne, on évacue une collection purulente de 500 c.

Le malade paraît guéri et sort, mais il revient deux mois après, le 2 avril, cachectique et on incise, le 15 juin, dans le quadriceps gauche, un énorme abcès contenant un litre de pus.

Mort un mois après.

Examen bactériologique : staphylocoque doré.

OBS. V. — PALES : Les Myosites et les Pseudo-Myosites dans le Milieu Indigène, en A. E. F. (*Annales de Médecine et Pharmacie Coloniales*, 1933, p. 512.)

Un malade, dans les antécédents immédiats duquel on note une pneumonie, est examiné pour une collection fluctuante de la fesse gauche.

A l'incision, on trouve le pus dans le muscle grand fessier.

Après sédation des signes généraux, la température remonte au douzième jour, tuméfaction de la région trochantérienne droite, résorption de ce nouveau foyer.

Le malade sort guéri un mois après son entrée.

Examen direct et culture : pneumocoque.

OBS. VI. — HUARD (In thèse de Pergola, *Myosites*, Paris, 1934-1935.)

Un homme de 23 ans, débilité et taré (syphilis) dans les antécédents duquel on note une série de

poussées furonculeuses, présente une tuméfaction para-médiane à droite de la troisième épineuse lombaire. On porte le diagnostic de myosite de la masse sacro-lombaire. Incision sous anesthésie générale et résection des parois de l'abcès.

Sédation temporaire, puis, le 1<sup>er</sup> mai, abcès de la face postérieure de la cuisse gauche. incision médiane.

Examen bactériologique du pus : staphylocoque.

19 mai, hémoculture positive au staphylocoque.

27 mai, décès précédé d'une vomique.

OBS. VII. — NAULLEAU-NÉDÉLEC. -- Myosite aiguë streptococcique des muscles pectoraux. (*Bull. et Mém. Ac. de Chirurgie*, 23 avril 1937.)

Homme chez lequel on note comme antécédent récent une petite plaie infectée périunguéale de l'annulaire gauche.

Le malade s'alite avec pâleur, fatigue, température à 40, agitation, vomissements, langue sèche, pouls à 130.

A l'examen, on voit au niveau de la région mammaire gauche, une tuméfaction mal limitée, douloureuse, légèrement dépressible, mais non fluctuante.

Traitement : antiphlogistine et propidon.

14 août. première incision qui amène une sédation éphémère.

26 août, seconde incision avec même sédation éphémère.

20 septembre, troisième intervention.

Guérison.

Examen bactériologique : streptocoque.

OBS. VIII. — CAUSSADE-NEIMANN-DEDUN : Sur deux cas de Myosites suppurées de l'enfance. (*Revue médicale de Nancy*, mars 1938.)

Petite fille de deux ans, ayant eu auparavant une poussée de pyodermite, présente des collections à allure torpide qui, sous l'influence d'une injection d'anatoxine staphylococcique, deviennent fluctuantes. Cette enfant a présenté 6 abcès consécutifs, dont un phlegmon diffus des adducteurs, les abcès sont localisés : biceps gauche, triceps sural droit, pectoral droit... les ganglions tributaires des muscles touchés sont intacts.

Traitement par anatoxine staphylococcique et incision des abcès.

Examen bactériologique : staphylocoque doré.

OBS. IX. — CAUSSADE-NEIMANN et DEDUN (*idem*).

Garçon de 12 ans qui a présenté, quatre jours auparavant, une angine.

A l'examen, l'enfant est pâle, amaigri, facies infecté.

Fourmillement dans les jambes, puis œdème et ecchymoses aux chevilles; jambes fléchies sur les cuisses qui sont en demi-flexion et abduction sur le bassin, œdème des triceps suraux.

Ouverture spontanée de l'abcès du triceps sural droit.

Traitement anatoxine.

Examen bactériologique : staphylocoque.

OBS. X. — HAUTEFEUILLE, HIBON et ROZE : Myosites suppurées aiguës. (*La Gazette Médicale de Picardie*, mai 1937.)

Homme de 42 ans, ayant un passé éthylique, ancienne pleurésie et un gros foie non douloureux. Mauvais état général.

Tuméfaction douloureuse de la jambe droite, sensation de résistance, mais pas de fluctuation nette; le lendemain, apparaissent deux nouvelles tumeurs au niveau du grand dorsal et du grand pectoral.

Incision de l'abcès de la cuisse qui donne 500 cc. de pus.

D'autres abcès :

- à 3 cm au-dessous du pli du coude,
- au mollet gauche, qui se résorbe en quelques jours,
- à l'épine illiaque antéro-supérieure gauche, qui s'ouvre spontanément en donnant un pus épais mélangé de sang.

Hémoculture négative.

Examen bactériologique du pus : staphylocoque et gonocoque.

Traitement : anatoxine staphylococcique et vaccin antigonococcique.

Guérison.

OBS. XI. — LENORMANT : Myosites staphylococciques. (*Journal international de Chirurgie*, 1937.)

Femme de 50 ans, hospitalisée pour un anthrax de la région dorso-lombaire.

Mauvais état général -- température à 39°5 — pas de glycosurie.

Incision de l'anthrax, chute de température et amélioration de l'état général, puis, quelques jours après la malade accuse une sensation de pesanteur

dans le bras droit, la température est à 38°5. bientôt apparaît un abcès du biceps.

Incision de l'abcès.

Chute de température qui ne dure pas, car le lendemain 39° et apparition de douleur profonde dans la cuisse droite, avec impotence fonctionnelle, puis tuméfaction dure, ligneuse au niveau du quadriceps crural.

Incision de cet abcès.

Dans les jours qui suivent apparaissent trois nouveaux foyers de suppuration : grand pectoral droit, quadriceps crural gauche, fesse gauche.

Incision de ces trois abcès.

Depuis, aucun nouveau foyer.

Guérison, bon état général.

Hémoculture toujours négative.

Examen direct et culture du pus révèlent du staphylocoque.

OBS. XII. — ARNAUD, rapportée par LENORMANT : Myosites staphylococciques (*Journal International de Chirurgie*, 1937.)

Homme de 49 ans, ayant fait un séjour de 30 ans au Gabon; il y a 18 ans : furonculose qui donnait des signes d'activité tous les 6 mois, puis pendant 4 ans tout rentre dans l'ordre jusqu'à l'apparition

d'un abcès superficiel du thorax qui guérit après incision. 10 mois plus tard, nouveaux abcès sous l'aisselle droite, puis deux ans de calme. Apparition de douleurs à la cheville gauche pendant 3 mois. On hésite à poser le diagnostic d'abcès osseux en l'absence de fièvre et des phénomènes généraux.

L'incision évacue une collection suppurée (staphylocoque blanc).

10 mois après, algie sciatique, puis apparition d'une collection fessière incisée (staphylocoque blanc).

Abcès superficiel à staphylocoque blanc — un an de repos.

Puis collection suppurée du quadriceps fémoral droit évoluant à bas bruit, sans fièvre, au-delà de 38°5 et sans douleur; l'incision fait jour à une énorme collection suppurée.

Examen bactériologique : staphylocoque blanc.

Guérison en 15 jours.



## FORMES CHRONIQUES

---

Cette forme est ce que HUARD appelle « la Myosite staphylococcique à évolution froide ».

Ces abcès métastatiques sont souvent de diagnostic difficile, bien que plusieurs auteurs aient attiré l'attention sur leur existence. Cette forme se rencontre surtout chez les enfants et les adolescents.

Le début est insidieux, torpide; le malade vient consulter pour une « grosseur ».

### SIGNES GÉNÉRAUX

L'état général n'est jamais altéré, pas de température, quelquefois très légère élévation thermique le soir, quelques dizièmes, circonstance qui favorise la confusion avec une évolution tuberculeuse.

### SIGNES LOCAUX

Ce sont les seuls qui révèlent la tumeur qui s'est installée à bas bruit.

*La porte d'entrée* est parfois difficile à mettre en évidence, car elle peut être très éloignée et l'évolution extrêmement lente.

Le malade constate l'apparition d'une tumeur qui grossit lentement, non douloureuse ni spontanément, ni à la pression, sauf lorsque l'abcès est bien collecté.

A l'examen, on constate qu'il y a :

Une tumeur localisée dans la profondeur,

— mal limitée,

— avec parfois quelques ganglions non douloureux,

— fluctuation rarement perceptible.

Par contre, on ne note :

— aucune impotence fonctionnelle, sauf si la tumeur est très étendue et limite les mouvements,

— aucune élévation thermique locale,

— aucune manifestation inflammatoire.

#### PRONOSTIC

Il est très favorable, cette forme est d'une grande bénignité.

Après incision, on obtient la guérison sans fistulation.

Nous rappelons quelques observations rapportées ces dernières années.

OBS. I. — BOBBIO : Myosite chronique à staphylocoque du biceps brachial. (*Bulletino e Memorie della Societa Piemontese di Chirurgica*, 11 mai 1935.)

Un menuisier convalescent se plaint d'une vive douleur au bras droit. Evolution complètement froide en 6 mois. d'abord empâtement sous-cutané et tuméfaction locale du biceps brachial droit. puis nodosité douloureuse de la grosseur d'une noix.

Intervention : on dissocie les fibres musculaires et on arrive sur une masse fibreuse très dure avec, au centre, quelques gouttes de pus. Guérison.

OBS. II. — SCOLLO : Abscès froid de la paroi thoracique d'origine staphylococcique. (*Il polichlinico sezione pratica*, 25 décembre 1935.)

Un enfant de 4 ans reçoit un coup. Il ne s'en souvient pas. mais, quelque temps après, il fait, chaque soir, une élévation thermique de quelques dixièmes; on diagnostique d'abord un abcès tuberculeux. Près de l'angle de l'épaule, on constate une tuméfaction ovoïde de la grosseur d'un œuf, avec une certaine limitation des mouvements et infiltration profonde, mal circonscrite. ganglions durs, non douloureux.

La ponction lombaire ramène un pus crémeux, jaune rougeâtre.

Après deux ponctions pratiquées à une semaine d'intervalle, on obtient une guérison parfaite.

Examen direct et culture : staphylocoque doré.

OBS. III. — BAUDET : Myosite du quadriceps fémoral à évolution froide. (*Mémoires de l'Académie de Chirurgie*, 12 janvier 1938.)

Jeune Sénégalais de 20 ans, qui entre dans le service pour une tumeur profonde de la région antéro-interne de la cuisse droite. Tumeur évoluant depuis plus d'un mois sans signes généraux.

Sujet jeune, robuste, sans tare ni passé pathologique.

Aucune modification des téguments, mais tumeur paraissant siéger en plein tissu musculaire mobile sur le plan osseux et la peau se mobilisant à sa surface.

Injection de propidon, auquel le malade réagit et trois jours après, on constate une légère fluctuation.

La ponction ramène du pus (100 cc.) jaune verdâtre.

Le lendemain, incision de la poche purulente.

Guérison complète au bout de deux mois.

Examen direct et culture : staphylocoque doré.

## DIAGNOSTIC

---

Chaque fois que l'on se trouve en présence d'une tuméfaction localisée dans le tissu musculaire, il faut penser à la possibilité d'abcès métastatique, surtout en cas de douleur à distance au cours d'une infection.

Les erreurs de diagnostic sont fréquentes, surtout lorsqu'il s'agit d'abcès à allure froide.

S'il est facile d'éliminer les collections sous-cutanées, il n'en est pas de même lorsqu'il s'agit de suppurations profondes, osseuses ou articulaires.

Considérons chacun des cas qui peuvent se présenter.

### FORMES SURAIGÜES

On se trouve en présence d'un tableau de septicémie, avec un minimum de signes locaux : cette forme n'offre que très peu d'intérêt au point de vue diagnostic différentiel, le malade succombant à

l'infection en quelques jours et le plus souvent avant que les abcès métastatiques ne soient collectés.

### FORMES AIGÜES

Dans ces cas, le diagnostic peut être facile ou très difficile selon qu'il s'agit d'abcès métastatique localisé dans les muscles superficiels ou dans les muscles profonds.

1° Dans le premier cas, il est aisé de déceler les signes caractéristiques de ces abcès :

— tumeur mal limitée, diffuse, présentant le signe classique des tumeurs musculaires se fixant pendant la contraction et se mobilisant pendant le relâchement;

— douleur nette, lancinante, spontanée et à la pression, parfois assez violente pour entraîner l'insomnie;

— impotence soit d'un segment de membre, soit de tout le membre;

— fluctuation qu'il faut chercher avec beaucoup de minutie, car il existe une zone infiltrée qui peut la masquer.

2° Dans le cas d'abcès profondément situé, le diagnostic est plus difficile et de nombreuses erreurs peuvent être commises, nous en mentionnerons quelques-unes :

— un abcès musculaire du quadriceps crural est souvent confondu avec une ostéomyélite fémorale ;

— un abcès de l'auriculaire postérieur a simulé une mastoïdite.

— un abcès musculaire du grand droit gauche a pu être confondu avec une hernie inguinale étranglée.

— des abcès des muscles droits et larges de l'abdomen ont pu faire penser à : abcès du foie, phlegmon péri-néphrétique, appendicite même.

— une suppuration des muscles prévertébraux cervicaux a pu donner les symptômes d'une arthrite cervicale aiguë.

— il est arrivé de diagnostiquer un mal de Pott alors qu'il s'agissait d'un abcès des masses sacrolombaires.

Il faut aussi éliminer les suppurations par continuité.

Pour toutes ces formes, l'identification du germe auquel est imputable l'infection est très importante, afin de pouvoir pratiquer une thérapeutique spécifique.

#### FORMES SUPAIGUËS A ALLURE FROIDE

Cette forme est d'un diagnostic très difficile et le plus souvent seules la ponction ou la biopsie permettent une réponse certaine. Dans ces cas, les ger-

mes évoluent avec un minimum de réaction focale dû sans doute à l'atténuation de leur virulence.

On ne peut dire si c'est :

— une manifestation secondaire d'une infection chronique de plus ou moins longue durée

— ou une manifestation due à un microbe dont la virulence est dès le début très atténuée.

Ceci explique la confusion presque inévitable avec la tuberculose, ainsi que le confirment plusieurs observations.

Lorsque la fluctuation n'est pas perceptible, on peut soupçonner l'existence d'un sarcome ; lorsqu'on a un tel doute, il faut éviter la ponction exploratrice, dangereuse s'il s'agit d'une tumeur maligne, la seule technique à envisager est une myotomie exploratrice, ou, mieux encore, une biopsie extemporanée.

## PRONOSTIC

---

Le pronostic est très variable tant au point de vue vital qu'au point de vue fonctionnel, selon chaque forme de ces abcès métastatiques des muscles.

Nous examinerons chacun de ces groupes :

### PRONOSTIC VITAL

La gravité du pronostic est encore accrue lorsqu'il s'agit de sujets tarés ou débilités par :

- alcoolisme,
- avitaminose,
- amibiase, spirochétose ictère hémorragique chez les coloniaux.

### *Formes suraiguës :*

Les signes généraux, très importants, sont d'une extrême gravité et la septicémie est le plus souvent mortelle; on observe les signes de l'infection initiale.

Hémoculture positive.

Dans ce cas, on néglige l'abcès du muscle et le seul traitement est celui de la septicémie.

*Formes aiguës :*

Ici, ce sont les signes locaux qui sont les plus importants et le pronostic est directement subordonné aux :

*Signes déduits des foyers :*

— la multiplicité des abcès métastatiques fait varier le pronostic qui est plus sombre lorsque les collections apparaissent simultanées que lorsqu'elles évoluent successivement;

— aspect local du foyer; il existe des abcès limités ne lésant qu'une partie du muscle et ceux qui peuvent provoquer une véritable fonte purulente de la totalité du muscle.

*Nature du germe :*

Le germe le plus souvent identifié est le staphylocoque, qui est d'une évolution souvent longue et donne des lésions de très inégale gravité; il en est de même du pneumocoque.

Les lésions dues au streptocoque sont le plus souvent graves.

Quant au gonocoque, il donne fréquemment des abcès métastatiques multiples d'un bon pronostic.

Il est à remarquer que les associations de germes sont toujours plus graves.

#### PRONOSTIC FONCTIONNEL

Il est variable suivant les auteurs, beaucoup le considèrent sans gravité.

Il dépend surtout du volume des abcès, la réparation se faisant toujours par du tissu fibreux et pouvant provoquer une atrophie ou une déficience fonctionnelle du muscle s'il est lésé sur une grande étendue.

Mais, en général, trois mois après l'incision des abcès, il ne subsiste plus aucune séquelle fonctionnelle.

#### ANATOMO-PATHOLOGIE

On observe toujours une cicatrice fibreuse et il semble que l'injection de bactériophage favorise la sclérose et rende moins favorable le pronostic fonctionnel.

En résumé, le pronostic varie suivant :

- la multiplicité des abcès et leur volume,
- le muscle lésé.



## TRAITEMENT

---

Il faut avant toute chose ne pas oublier que l'apparition de ces abcès est la manifestation métastatique d'une infection parfois ancienne dont les germes ont perdu de leur virulence pendant un certain temps, puis sont de nouveau entrés en activité à la faveur d'une déficience de l'organisme; d'autres fois, l'infection initiale remonte à quelques jours seulement.

Il faut donc instaurer en premier lieu :

### TRAITEMENT DU FOYER D'ENSEMENCEMENT :

Lorsque le point de départ de l'infection est encore en évolution, par exemple :

— curetage dans le cas d'un avortement septique,

— large débridement, s'il s'agit d'un panaris.

Le plus souvent, ce traitement n'est pas établi, car le point de départ est depuis longtemps cicatrisé.

## TRAITEMENT GÉNÉRAL

Il est important, puisqu'il y a diffusion microbienne par voie sanguine; il semble qu'il s'agisse d'embolie microbienne ou de phase de bactériémie, ainsi que le prouve la présence de staphylocoques dans les urines au moment des poussées fébriles décelées au cours de l'évolution de ces abcès métastatiques.

Il faut d'abord :

— relever l'état général le plus souvent déficient, surtout chez les tarés, les hypoalimentés et les coloniaux mal acclimatés;

— fournir à l'organisme un apport de vitamines B et C chaque fois qu'il y a lieu de supposer une avitaminose.

*Un traitement biologique* peut être tenté avec succès afin de hâter la collection de ces abcès ou leur résolution;

— le propidon est souvent utilisé : il limite les lésions et permet la collection plus rapide de certains abcès à allure torpide.

— l'anatoxine permet parfois d'éviter l'intervention chirurgicale ou tout au moins accélère la guérison en renforçant les moyens de défense de l'organisme.

— les vaccins spécifiques ont été expérimentés avec succès.

Dans le cas de gros abcès métastatiques à streptocoque, NAULLEAU et NÉDÉLEC ont utilisé avec succès le sérum anti-streptococcique.

Dans les formes septicémiques, l'abcès de fixation a été préconisé, car cet abcès, située dans le tissu cellulaire sous-cutané, se constitue plus rapidement que celui du muscle et par cela même permet une défense plus précoce de l'organisme.

La chimiothérapie a donné de bons résultats dans les formes suraiguës, elle agit comme anti-infectieux et comme médicament de choc :

— tripaflavine,

— alcool en injection intra-veineuse utilisé par BORREY;

— carbone intra-veineux préconisé par POULAIN dans les formes suraiguës à staphylocoques.

## TRAITEMENT LOCAL

### A) Médical

En premier lieu, il faut conseiller :

Immobilisation et repos qui calment les douleurs souvent très vives.

Ensuite, il ne faut pas oublier que certains abcès peuvent évoluer vers la résolution, aussi ne faut-il

pas rejeter l'emploi des pommades résolutives classiques :

- pommade gaïacolée,
- onguent napolitain,
- antiphlogistine.

La ponction, suivie de lavages, a été proposée; HUARD et RENUCCI ont utilisé le bactériophage après ponction de l'abcès à condition que les poches ne soient ni fistulées, ni infectées secondairement; mais il semble que ce procédé favorise la formation d'une importante sclérose locale qui entraîne une atrophie musculaire et des douleurs persistantes.

MASSIAS utilise, après l'incision, des irrigations à la solution de Tochlorine à 20 0/00.

Beaucoup font de simples lavages au Dakin.

Les agents physiques ont été utilisés sous forme d'infra-rouges (SCOLLO).

### B) *Chirurgical*

C'est le traitement qui est le plus fréquemment appliqué, surtout lorsqu'il s'agit d'abcès métastatiques à allure aiguë.

Suivant les cas, on discute l'incision ou l'excision de l'abcès.

## INCISION

L'incision précoce n'est plus admise maintenant, on attend que le pus soit bien collecté et pour cela il faut surveiller attentivement l'apparition de la fluctuation profonde qui est souvent difficile à percevoir, dans de tels cas la ponction exploratrice fournira l'indication opératoire.

Cette incision doit toujours être pratiquée sous anesthésie générale qui supprime la contracture périefocale, permet de préciser les limites réelles de l'abcès et commande la dimension de l'incision; on utilise l'anesthésie locale lorsque l'abcès est de petite taille et bien limité.

L'incision doit être suffisante pour permettre l'effondrement de tous les clapiers afin que ne subsiste aucune zone de rétention: puis il faut exciser les masses musculaires qui paraissent définitivement nécrosées afin de hâter la cicatrisation.

HUARD préconise les incisions à minima avec irrigations au Dakin pour les collections bien limitées, alors qu'il conseille les larges incisions pour les abcès étendus avec signes généraux graves.

Le drainage doit être systématique et maintenu jusqu'à ce qu'il ne s'écoule que de la sérosité.

Les sutures primitives et secondaires ont tenté certains auteurs, en particulier HUARD et PALES.

— Pour la suture primitive, ils recommandent une hémostase rigoureuse, en tenant compte de ce fait que le sang est un très bon milieu de culture.

— Pour la suture secondaire, ils opèrent par serrage de crins passés en un premier temps ne dépassant pas huit jours, car alors il se produit une organisation fibreuse qui rend cette tentative inopérante.

Mais les complications que peut entraîner cette méthode et le peu d'inérêt qu'elle offre au point de vue délai de guérison fait qu'elle est abandonnée.

## EXCISION

Dans certains cas, *très précis*, et *rare*s, ajoutons-le, l'excision est le traitement de choix :

— lorsqu'on se trouve en présence d'abcès à allure froide ayant une paroi sclérosée.

— lorsqu'un abcès traité par le bactériophage ou un vaccin s'est transformé en une masse scléreuse qui empêche la régénération musculaire.

Alors il est indiqué de faire l'exérèse en masse de la tumeur et on obtient une réunion par première intention.

Si l'on fait une hémostase minutieuse, on peut éviter le drainage, sinon, il est plus prudent de mettre un petit drain pour éviter un hématome.

C) *Par Agents physiques*

Ce traitement est mis en application lorsqu'il y a lieu de favoriser la régression de signes locaux qui, le plus souvent, sont peu importants, mais parfois peuvent entraîner un certain degré d'impotence par atrophie segmentaire, ou sclérose d'une grande étendue de muscle.

Dans ces cas, il faut recourir à :

- un traitement orthopédique qui remédie aux attitudes vicieuses dues aux raideurs musculaires,
- la physiothérapie, mécanothérapie,
- massage,
- électricité,
- diathermie.



## CONCLUSIONS

---

1. — Les abcès métastatiques des muscles sont plus fréquentes qu'on ne le supposait jusqu'à ces dernières années. Les travaux de M. le Professeur LENORMANT, HUARD, PALES, PERGOLA ont attiré l'attention sur leur existence.

2. — Ces abcès sont dus à une pyohémie à localisation élective dans le tissu musculaire.

3. — La propagation de l'infection se fait par voie hématogène; il est à noter que parfois on a retrouvé des germes dans les urines au moment des poussées fébriles.

4. — Il semble que certains germes ont, à la faveur d'influences déterminées, tendance à se localiser dans le muscle. Il est aisé de supposer que dans un organisme infecté, cachectique, en état de déficience, il se constitue dans le tissu musculaire un déséquilibre chimique favorable à la prolifération

et à une recrudescence de virulence de certains germes.

5. — La guérison spontanée survenant après la formation d'un ou plusieurs abcès peut être due :

- soit au fait que le germe perd de sa virulence,
- soit que l'organisme se vaccine.

6. — Par l'interrogatoire et l'examen attentif du malade, on retrouve presque toujours la porte d'entrée de l'infection.

7. — Les germes identifiés dans le pus de ces abcès sont, par ordre de fréquence : le staphylocoque, le pneumocoque, le streptocoque et le gonocoque; on peut aussi rencontrer des associations de germes.

8. — Ces abcès métastatiques peuvent revêtir diverses formes :

- suraiguës, à allure septicémique,
- aiguës, à abcès unique,
- aiguës, à abcès multiples,  
subaiguës, à allure froide.

9. — Le diagnostic est aisé dans les cas d'abcès localisés dans les muscles superficiels; il est plus difficile lorsqu'il s'agit de muscles profonds; dans

ces cas, la recherche minutieuse de la fluctuation profonde et surtout la ponction exploratrice sont essentielles.

Lorsqu'il s'agit d'abcès à allure froide, seul l'examen du pus recueilli par la ponction exploratrice permet d'éliminer la bacilliose.

10. — Le pronostic vital dépend :

- des signes généraux : grave dans les formes suraiguës,
- de la multiplicité des abcès qui peuvent léser plus gravement l'organisme s'ils se forment simultanément en divers muscles,
- de la variété des germes en cause : le streptocoque paraissant le plus dangereux,

11. — Parmi les divers traitements préconisés, c'est le traitement chirurgical auquel on a presque toujours recours.

Les traitements utilisant la chimiothérapie ou la biologie n'évitent pas toujours l'incision de l'abcès ; mais ils permettent de la pratiquer dans de meilleures conditions lorsqu'elle est nécessaire, ainsi le propidon hâte la collection du pus.

Les vaccins, les sérums et les bactériophages sont utilisés pour obtenir la résorption de ces abcès, mais ce but n'est pas toujours atteint.

Le traitement chirurgical consiste en :

- incision avec exérèse des parties de tissu musculaire sphacélé lorsque l'abcès est bien collecté,
- excision qui est possible dans les formes à allure froide, ou rendue nécessaire lorsqu'un traitement biologique a entraîné une sclérose intense préjudiciable à l'intégrité fonctionnelle.

*Vu, le Doyen :*  
TIFFENEAU.

*Vu, le Président :*  
MONDOR.

*Vu et permis d'imprimer :*  
*le Recteur de l'Académie de Paris,*  
G. ROUSSY.

## BIBLIOGRAPHIE

---

- Abrami et Worms.* — Sur une forme particulière de septicémie à streptocoque : la myosite suraiguë streptococcique. (Bull. et Mém. de la Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 21 mars 1930.)
- Barney.* — Psoas abscess of pyogenic origin. (*New England Journal Medical*, 1933, n° 208. p. 977-982).
- Baudet.* — Myosite du quadriceps fémoral à évolution froide. (Mém. de l'Ac. de Chirurgie, 12 janvier 1938.)
- Bazy.* — (Bull. et Mém. de la Société Nat. de Chirurgie, 9 novembre 1932.)
- Bobbio.* — Myosite chronique à staphylocoque du biceps brachial. (Bulletino e Memorie della Società Piemontese di Chirurgica, 11 mai 1935.)
- Brunon.* — De la myosite infectieuse primitive. (Thèse de Paris, 1886-1887.)

- Cathala, Megnien et Stree.* — Myosite suraiguë staphylococcémique. (Bull. de la Société Méd. des Hôpitaux de Paris, 1931, p. 1414-1417.)
- Caussade, Neimann, Dedun.* — Deux cas de myosites staphylococciques suppurées de l'enfance. (Revue médicale de Nancy, mars 1938.)
- Cayet.* — La Myosite aiguë. (Thèse de Paris, 1928.)
- Chatenay.* — Un cas de pyohémie symétrique. (Annales d'hygiène et de médecine coloniale, 1913, p. 200.)
- Chevrier.* — (Bull. et Mém. de la Société Nationale de Chirurgie, 1933, p. 510.)
- Comby.* — Myosite aiguë. (Presse Médicale, 25 septembre 1926.)
- Commes.* — La pyomyosite. (Bull. de la Société de Pathologie exotique, 1918, p. 822.)
- Courtois, Suffit et Beaufumé.* — Infection aiguë mortelle à gonocoque et staphylocoque. (Bull. de la Société Méd. des Hôpitaux de Paris, 1905, p. 352.)
- Cunéo.* — Abscesses des muscles. (Bull. et Mém. de la Société Nationale de Chirurgie, 22 mars 1933.)
- Dejon.* — Sur 21 observations de pyohémies atténuées tropicales. (Marseille Médical 1931.)
- Dionis des Carrières.* — Etude sur la Myosite. (Thèse de Paris 1851.)

*Du Bourguet.* — Myosite suppurée subaiguë traitée par incision, excision et suture. (La Tunisie Médicale, mai 1938.)

*Froelich et Corret.* — Absès des muscles, rétraction musculaire consécutive. (Société de Médecine de Nancy, 14 juin 1933.)

*Cenaul.* — Biochimie du muscle. (Archives médico-pharmaceutiques militaires, octobre 1935, p. 651.)

*Goinan.* — Altération musculaire particulière au cours des polynévrites béribériques. (Société médico-chirurgicale de l'Indochine, 1933.)

*Guermontez.* — Contribution à l'étude de la myosite. (Journal des Sciences Médicales de Lille, novembre 1879.)

*Guyot.* — Myosite suppurée suraiguë. (Bull. et Mém. de la Société Méd. des Hôpitaux, 1883, p. 213.)

*Hallé et Rudeaux.* — Un cas de polymyosite infectieuse. (Pédiatrie, février 1932.)

*Hamaut et Escoubes.* — Myosites et absès à pneumocoque. (Revue Médicale de Nancy, 15 juillet 1937.)

*Hautefeuille, Hibon et Roze.* — Myosites suppurées aiguës. (La Gazette Médicale de Picardie, mai 1937.)

*Hayem.* — Etudes sur les Myosites symptomatiques. (Archives de Physiologie, 1870, pp. 81, 270, 570.)

*Huard.* — Les Myosites infectieuses en milieu colonial. (Journal Méd. Colon., 30 juillet 1931.)

*Huard.* — Myosite staphylococcique du quadriceps fémoral à évolution froide. (Bull. et Mém. de la Société de Chirurgie, 1932, p. 1.320.)

*Huard et Meyer May.* — Myosites staphylococciques coloniales. (Mém. Ac. de Chirurgie, 29 avril 1936. Journal de Chirurgie 1938.)

*Huard et Renucci.* — Quelques cas de myosites. (Bull. de la Société médico-chirurg. de l'Indochine, 1934, p. 825.)

*Hussenstein.* — Myosites aiguës primitives. (Archives médico-chirurg. de Province, juillet 1936.)

*Ito et Sinnoka.* — Myosites infectieuses au Japon. (In der Deut. Zeitsch. f. Chirurg., 1903, Bd LXIX, p. 363.)

*Janet.* — Absès métastatiques à diplocoques à Gram + au cours d'une septicémie gonococcique typique. (Journal d'urologie médicale et chirurgicale, février 1936.)

*Laigret et Lefrou.* — Les pyohémies à absès profonds. (Bull. de la Société de Pathologie exotique, 14 juin 1922.)

*Larger.* — De la polymyosite infectieuse aiguë primitive. (Thèse de Paris 1890-1891.)

*...sur.* — (Thèse de Paris 1803.)

- Lejars.* — Ce qu'on appelle pyohémies atténuées. (Semaine Médicale, janvier 1907.)
- Lenormant.* — Abscess des muscles. (Bull. et Mém. de la Société Nationale de Chirurgie 1932.)
- Lenormant.* — Myosites staphylococciques. (Journal International de Chirurgie, 1937.)
- Léonte et Andritzoiu.* — Les Myosites primitives à microbes pyogènes. (Spitahul, Bucarest, octobre 1937.)
- Léonte et Andritzoiu.* — Abscess froid staphylococcique du muscle. (Revista di Chirurgie, Bucarest, janvier 1938.)
- Luzuy.* — Myosite crurale. (Bull. et Mém. de l'Acad. de Chirurgie, 19 avril 1939.)
- Marinesco.* — Maladie des Muscles. (Traité de Médecine Gilbert et Thoinot, Paris 1910.)
- Marinesco, Draganesco et Façon.* — Nouvelles contributions à la connaissance des polymyosites. (Annales d'Anat. pathol., 1934, p. 537.)
- Marquet.* — Recherches expérimentales sur le processus inflammatoire dans les muscles. (Thèse de Nancy 1879.)
- Massias.* — Myosites suppurées observées en Cochinchine. (Bull. de la Société méd.-chirurg., Indochine, pp. 83-86.)
- Mauclaire.* — Abscess des muscles. (Bull. Société Nationale de Chir. 1893.)

- Moiroud et Arnaud.* — Abscès froid non tuberculeux du grand pectoral. (Société Chir. de Marseille, 19 avril 1937.)
- Nauleau et Nedelec.* — Myosite aiguë streptococcique des muscles pectoraux. (Bull. et Mém. Ac. de Chirurgie, 23 avril 1937.)
- Osawa et Ranaka.* — Experimental Evaluation of Myotoxin Theory as to Etiology of Purulent Myositis. (Beitr.z.klin. Chir. 1929.)
- Osawa.* — Vitamine B deficiency as factor in etiology of acute purulent polymyositis in Japan. (Beitr.z.klin. Chir. 1927.)
- Pales.* — Les Myosites et pseudo myosites dans le milieu indigène en A. E. F. (Annales de Méd. et Pharmacie colon. 1933, p. 512.)
- Pergola.* — Myosites. (Thèse de Paris 1935.)
- Picot.* — Abscès des muscles. (Bull. et Mém. de la Société Nat. de chir., 22 mars 1933.)
- Riou.* — Un cas de polymyosite tropicale à abcès multiples et récidivants. (Marseille méd., 1930, p. 447.)
- Riou et Bigot.* — Myosites staphylococciques. (Bull. de la Société médico-chir. d'Indochine. 1936.)
- Roques.* — Abscès métastatique à pneumo. (Soc. chirurgicale, Marseille, 4 mai 1936.)
- Roux Berger.* — (Bull. et Mém. de la Société Nat. de Chir., 1933, pp. 770-775.)

- Scollo.* — Abscès froid de la paroi thoracique d'origine staphylococcique. (Il Polichlinico sezione pratica, 23 décembre 1935.)
- Smith.* — Métastatic muscular abscesses. (Intern. Journ. Med. and Surg., 1928, p. 548.)
- Soupault.* — (Mém. de l'Ac. de Chirurgie, 19 avril 1939.)
- Suard.* — De la Myosite aiguë suppurée. (Thèse Bordeaux 1887.)
- Tanon.* — Myosite aiguë tropicale. (Bull. Méd., 1926, N° 32.)
- Veron.* — Myosite infectieuse primitive aiguë. (Arch. de Méd. et Pharm. militaire 1886.)
- Wilmoth.* — (Mém. de l'Ac. de Chirurgie, 19 avril 1939.)
- Yovtchitch et Vassitch.* — Abscès des muscles. (Bull. et Mém. de la Société Nat. de Chir., 26 avril 1933.)









